

Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal
Superintendência Região Central
Hospital Dia – Ambulatório Trans

GUIA PARA ENTREVISTA INTERDISCIPLINAR DE
ACOLHIMENTO



A – IDENTIFICAÇÃO

Nº. SES: _____

1 - Data: ____/____/____	2 - Data de Nascimento: ____/____/____	3 - Idade ____
2 - Nome Retificado: _____		
3 – Nome: _____		
4 – Civil: _____		
5 – Endereço: _____		
6 – Telefones: () _____		
7 - Como a pessoa identifica-se (identidade de gênero)? () Transexual; () Travesti; () Transgênero; () Mulher; () Homem () Não sabe / Indefinido () Sem gênero definido; () Outra. Qual? _____		
8 - A pessoa expressa visualmente um gênero unívoco? 1 – Não 2 – Sim, Qual? _____ () Masculino; () Feminino; () Indefinido		
9 - Satisfação com expressão de gênero? () Muita insatisfação; () Insatisfação; () Nem satisfação, nem insatisfação () Satisfação; () Muito satisfação		
10 - Qual a sua orientação sexual? () Homossexual; () Heterossexual; () Bissexual; () Pansexual; () Assexual () Em desenvolvimento.		
11 - Quanto à cor e etnia, como a pessoa identifica-se? () Negro (preta [] parda []); () branca; () amarela; () indígena; () Não sabe		

B - DOCUMENTAÇÃO

1 - Possui os documentos civis?	() Sim	() Não
2 - Eles estão retificados?	() Sim	() Não
3 - No caso de “Não”, pretende retificar nos próximos meses?	() Sim	() Não
4 - Conhece a nova legislação que permite a retificação em cartório?	() Sim	() Não

C - ESCOLARIDADE/ASPECTOS PEDAGÓGICOS:

1 - Qual a formação acadêmica mais adiantada?	1 - () Não alfabetizada 3 - () Fundamental; 5 - () Médio; 7 - () Superior;	2 - () Fundamental incompleto; 4 - () Médio incompleto; 6 - () Superior incompleto; 8 - () Pós graduação
2 - Em que se formou? _____		
3 - Está estudando no momento? _____		
4 - O quê/Onde? _____		
5 - A pessoa já interrompeu seus estudos (escola/faculdade) em algum momento da vida? 1 - () Não 2 - () Sim; Por qual motivo? _____		

D - RENDA, ATIVIDADE LABORATIVA E PROFISSIONALIZAÇÃO:

1 - A pessoa encontra-se em situação de vulnerabilidade sócio econômica e insegurança alimentar? (condições de subsistência/pagar transporte público para seguir o	1 - () Não 2 - () Sim; Quais? _____
---	--

acompanhamento)

2 - Se Sim, é acompanhada pela rede de serviços sócio-assistenciais?	1 - () Não; 2 - () Sim Quais? _____
3 - É titular de algum benefício da Seguridade Social?	1 - () Não; 2 - () Sim
* Cadunico/Bolsa Família?	1 - () Não; 2 - () Sim
* BPC/LOAS	1 - () Não; 2 - () Sim
* Auxílio Doença/Aposentadoria	1 - () Não; 2 - () Sim
* Benefício Vulnerabilidade Temporária/Benef. Aux. Excepcional	1 - () Não; 2 - () Sim
4 - Se está trabalhando, qual a atividade exercida no momento?	_____
5 - Qual o valor de sua renda?	_____
6 - Em seu local de trabalho sua identidade de gênero é conhecida/respeitada? (uniformes, crachá, nome social, uso de banheiros etc.)	1 - () Não; 2 - () Sim; 3 - () Sim, por parte das pessoas mais próximas; 4 - () Ainda não revelei minha identidade.
7 - Qual o valor de sua renda?	_____
8 - No caso de trabalhadora(o) sexual, percebe estar submetida(o) à exploração sexual?	1 - () Não; 2 - () Sim; de que forma? _____
9 - A pessoa percebe estar em contextos de riscos, a maior parte do tempo? (Localização, tenra idade, violências contextuais, deslumbramento pelo ofício, outros)	1 - () Não; 2 - () Sim; Qual? _____
10 - A pessoa tem outra fonte de renda?	1 - () Não; 2 - () Sim; Qual? _____
11 - O trabalho sexual é sua principal fonte de renda?	1 - () Não; 2 - () Sim; Qual? _____
12 - Se não está trabalhando, e gostaria de fazê-lo, quais as dificuldades de acesso e de manutenção do trabalho?	_____
13 - A pessoa “depende” de quem para sua manutenção?	_____

E - ATIVIDADES DE CULTURA/LAZER/ESPORTE:

1 - No momento está fazendo atividades físicas/esportivas?	1 - () Não; 2 - () Sim; Com qual e frequência: _____
2 - No momento, está engajado em atividades de cultura/lazer?	1 - () Não; 2 - () Sim; Qual? _____
3 - No momento, está tendo atividades que lhe trazem satisfação/prazer?	1 - () Não; 2 - () Sim; Quais? _____

F - RELIGIÃO

1 - Possui alguma crença/religião?	1 - () Sim, qual _____ 2 - () Não. Nesse caso, considera-se ateu/ateia () Não; () Sim
---	--

2 - A sua religião/crença lhe apoia?

3 - Já se sentiu discriminado/a em suas práticas religiosas?

1 - () Não; 2 - () Sim, como

4 - Em uma escala de 1 a 5, qual a importância que você dá a religião/crença em sua vida?

G - SITUAÇÃO HABITACIONAL E FAMILIAR:

1 - A pessoa mora só?

1 - () Sim 2 - () Não; mora com quem?

Primeiro nome	Grau de Parentesco	Idade	Grau Esc.	Profissão	Renda

2 - Quanto satisfeita subjetivamente a pessoa está com a sua moradia/tem paz em sua moradia?

1 - Muito insatisfeita; 2 - Insatisfeito; 3
- Nem satisfeita, nem insatisfeita; 4 -
Satisfeita; 5 - Muito satisfeita

3 - Qual o contexto de moradia?

1 - Casa; 2 - Apartamento; 3 - Barraco; 4 - Pensão;
5 - República; 6 - Cedida; 7 - Invasão; 8 - Situação de Rua;
9 - Unidade de acolhimento, qual? _____

Pessoa de referência no local: _____
tel: () _____

3.1 - Em caso de emergência, pode haver contato com essa pessoa?

1 - () Sim 2 - () Não

3.2 - Nesse caso. com que nome você quer ser chamada/o?

4 - Recebe apoio moral e/ou financeiro de alguém?

1 - () Não; 2 - () Sim, quem _____

H - PERCURSO DE TRANSIÇÃO

1 - Com que idade você passou a se identificar como pessoa trans?

_____ anos de idade.

() Não tenho certeza de minha condição trans

2 - Como a família lida com a questão de gênero?

() Não tem contato com a família

Parte da mãe:

() Aceita completamente; () Aceita parcialmente;
() É indiferente/faz de conta que nada acontece; () Desaprova;
() Ela não sabe

Parte do pai:

() Aceita completamente; () Aceita parcialmente;
() É indiferente/faz de conta que nada acontece; () Desaprova;
() Ele não sabe

3 - Você já fez uso de hormônios para modificar seu corpo?	1 - () Não, não gostaria de fazê-lo agora; 2 - () Não, não tenho interesse; 3 - () Sim, quais por quanto tempo _____
4 - Se <u>nada</u> fez para modificar seu corpo, mas gostaria, o que seria?	() Silicone líquido (industrial) () Prótese de silicone _____ () Hormônios () Cirurgias de redesignação () Cirurgia plástica _____ () Maquiagem definitiva () Laser para retirada de barba/pêlos () Raspagem do pomo de adão () Modulação da voz. () Outro: _____
5 - Se <u>Sim</u>, Quais os recursos/procedimentos que você faz uso?	() Prótese de silicone; () Cirurgia plástica; () Cirurgia de corda vocal; () Exercícios de adaptação vocal; () Hormônios quais: _____
6 - Onde você conseguiu o hormônio?	() Em farmácias sem receita médica; () Em farmácias com receita médica () Com amigos/colegas de trabalho; () Com bombadeiras; () No SUS () Pela internet; () Outro: _____
7 - Você recebe orientações sobre cuidados no uso de hormônios:	1 - () Não; 2 - () Sim;
8 - De quem você recebeu as orientações?	() Profissional de saúde () Outras travestis/transsexuais () Bombadeira . () Outro: _____
9 - Qual satisfação você tem com o uso de hormônios em seu corpo?	() Muita insatisfação; () Insatisfação; () Nem satisfação, nem insatisfação () Satisfação; () Muita satisfação
10 - Você já sentiu algum efeito indesejável causado pelo uso de hormônios?	() Não; () Sim, qual? _____
11 - Se você já sentiu efeito indesejado, o que fez?	() Procurou um profissional de saúde () Deixou de usar () Tomou remédio por conta própria () Procurou ajuda de amigo(as), conhecidos(as) () Procurou ajuda da bombadeira () Nada, continuou a usar
12 - Você tem prótese de silicone?	() Não, () Sim, mama; () Sim, glúteo, () Outra localização _____ () Já foi retirada
13 Que idade você tinha quando colocou prótese pela primeira vez? _	_____ anos
14 - Onde você a colocou?	() Hospital público () Hospital/clínica particular () Clínica clandestina () Outro: _____

15 - Qual a sua satisfação com o resultado do(s) implante(s) de silicone?	() Muita insatisfação; () Insatisfação; () Nem satisfação, nem insatisfação () Satisfação; () Muito satisfação
16 - Você já fez uso de silicone industrial?	() Não; () Sim
17 - Quem o aplicou?	() Bombadeira; () Amiga; () A pessoa mesma; () Outro: _____
18 - Você já fez alguma outra cirurgia plástica para modificar seu corpo?	() Não () Sim, qual(is) _____
19 - Quantos anos você tinha quando fez sua primeira cirurgia plástica?	_____ anos
20 - Onde fez a cirurgia?	() Hospital público; () Hospital/clinica privada ; () Clínica clandestina () Outro _____
21 - A partir da sua expectativa em relação a essa(s) cirurgia(s), qual a satisfação que você teve com os resultados?	() Muita insatisfação; () Insatisfação; () Nem satisfação, nem insatisfação () Satisfação; () Muito satisfação

I - SAÚDE

1 - Você tem conhecimento sobre o direito à utilização do seu nome social no cartão SUS?	() Não; () Sim;
2 - Você tem o nome social no seu cartão SUS?	() Sim; () Não; () Não tenho cartão do SUS
3 - Você já possuía o cartão de utilização dos serviços da SES (número SES)?	() Sim; () Não. Fiz somente para entrar no Ambulatório () Tinha, mas estava extraviado
4 - Apresenta alguma deficiência ou limitação física ou mental?	() Não () Sim Qual(is)? _____
5 - Você tem plano de saúde?	() Não; () Sim; () Tive, mas não tenho mais
6 - Quando adoece ou precisa de atendimento em saúde, você costuma procurar algum serviço?	() Unidade básica de saúde (posto ou centro, incluindo os da ESF) () Centro de especialidades, policlínica pública () UPA ou outra unidade de pronto atendimento público () Pronto-socorro ou emergência de hospital público () Ambulatório de hospital público () Ambulatório ou consultório de clínica privada () Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado () Profissional da equipe de saúde da família em casa () Farmácia () Outro. Qual _____
7 - Você é acessado(a) pela Estratégia de Saúde da Família?	() Não; () Sim. Com que frequência? _____ () Não sei
8 - Quando você consultou um médico/serviço de saúde pela última vez?	() Nos últimos 12 meses. Para quê? _____ () Entre 1 e 2 anos () Entre 2 e 3 anos () 3 anos ou mais () Nunca foi a médico/serviço de saúde
9 - Você faz acompanhamento contínuo para alguma questão relacionada à	() Não; () Sim _____

saúde?	
10 - Para quais questões?	
11 - Com que categoria (s) de profissional de saúde/onde?	
12 - Toma medicamento de uso contínuo?	() Não; () Sim, Qual(is) _____
13 - Nos últimos 12 meses você fez teste para identificar Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)?	() Sim; () Não sei/ Não me lembro; () Não, por quê _____
14 - Algum desses testes teve resultado positivo?	() Não () Sim Qual(is)? _____ () Não sei/ Não me lembro/ Não recebi a resposta
15 - Você recebeu, ou recebe tratamento para alguma DST?	() Não () Sim, onde? _____ Categoria profissional de referência _____
16 - Você está infectado pelo HIV ou já teve alguma manifestação da AIDS?	() Não sei () Não estou () Sim.
17 - Está tomando antirretroviral de acordo com a prescrição?	() Não; () Sim
18 - Você acha importante o uso de ARV?	
19 - Chegou a ficar internada(o) em função de HIV/Aids?	Não () Sim (), por qual motivo? _____
20 - O que você tem feito para se prevenir de IST/HIV/Aids?	() uso de preservativo () outro método, qual? _____ () Não me previno a maior parte das vezes

H - SAÚDE MENTAL

1 - Faz uso de substâncias psicoativas?	Não (); Sim () Quais _____
2 - Em uma escala de 1 a 5, na atualidade, qual a gradação que você atribui à maneira com que você se relaciona com elas? <i>1- Sem qualquer tipo de problema, uso social e controlado</i> <i>5 - Uso com problemas na vida privada, familiar e comunitária.</i>	1 - Bebidas alcoólicas: _____ 2 - Cigarro _____ 3 - Cocaína cheirada ou injetada: _____ 4 - Crack: _____ 5 - Cannabis/maconha: _____ 6 - Anfetamina: _____ 7 - Psicodélicos(LSD, Ecstasy)_____ 8 - Benzodiazepínicos: _____ 9 - _____ Outra: _____
3 - Precisa de ajuda para lidar com o uso de substâncias?	Não () Sim () _____ () Talvez
4 - No passado, já teve uso abusivo de alguma substância?	Não () Sim () Quais? _____
5 - Algum familiar, companheiro (a) ou pessoa que convive com você faz uso de substâncias psicoativas de forma que lhe cause algum temor?	() Não; () Não sabe; () Sim, quem? _____
6 - Qual substância faz uso?	_____

7 - Isto interfere na relação de vocês?	_____
8 - Percebe-se no momento em sofrimento emocional?	() Não; () Sim _____
9 - Esse sofrimento causou ou causa prejuízos no seu cotidiano?	() Não; () Sim _____
10 - Já fez algum acompanhamento psicológico?	() Não ; () Sim, quando _____; Onde? _____ Por quê? _____ _____ _____ _____
11 - Já fez algum acompanhamento psiquiátrico?	() Não ; () Sim, quando _____; Onde? _____ Por quê? _____ _____ _____ _____
12 - Já usou medicações psiquiátricas?	() Não; () Sim, qual _____ Por que período: _____ _____
13 - No momento, está em acompanhamento psiquiátrico?	() Não; () Sim. Onde? _____ Que medicações faz uso? _____
14 - Já passou por alguma internação psiquiátrica?	() Não; () Sim, quando _____ Por que motivo _____
15 - Já teve algum comportamento de autoagressão ou de automutilação?	() Não; () Sim _____
16 - Como este comportamento aparece?	_____
17 - Como se sente após esta prática?	_____
18 - Já teve pensamentos de morte/pensamentos suicidas?	() Não; () Sim _____
19 - Em que situação eles apareceram?	_____
20 - Se entende no momento em exposição a algum evento que lhe cause muito sofrimento/estresse?	() Não; () Sim, qual _____
21 - No momento, tem pensamentos suicidas?	() Não; () Sim _____
22 - Já teve alguma tentativa de suicídio?	() Não; () Sim, quantas vezes? _____
23 - Em que circunstância?	_____
24 - De que maneira?	_____
25 - Consegue identificar o fator	() Não; () Sim, qual _____

estressor atual que leva ao pensamento suicida?	
26 - Alguém próximo a você já se suicidou?	() Não; () Sim, quem e quando) _____
27 - Você identifica no momento algum sofrimento diretamente relacionado ao seu corpo?	() Não; () Sim
28 - Sente que a vida vale a pena?	_____
29 - Como imagina sua vida nos próximos meses?	_____
30 - E nos próximos anos?	_____

EXTRATIFICAÇÃO DE RISCOS

PRIMEIROS AGENDAMENTOS/ENCAMINHAMENTOS (Profissional/Data)

Serviço Social:
Terapia Ocupacional:
Psicologia:
Fonoaudiologia:
Psiquiatria:
Ginecologia:
Medicina de Família:
Endocrinologia:
Farmácia Clínica:
Urologia:
PREP:
CREAS Diversidade:
Defensoria Pública
Grupo:
Testes sorológicos:
Outro:

Entrevista conduzida por: _____

Chamar atenção sobre: adesão às consultas, à medicação, cuidados não medicamentosos, tratamento por protocolos, continuação do processo (cirurgias- ordenamento de processo transexualizador